

Bulletin d'Adhésion
aux Contrats Collectifs à Adhésion Facultative souscrits par LPA auprès de MCCI (C00191,
C00192, C00193, C00194, C00195)
OFFRE LPA JEUNE
réservée aux avocats de moins de 31 ans,
subventionnée pour la première année de cotisation
lors d'une première inscription à un Barreau⁽¹⁾
par La Société de Courtage des Barreaux et
La Prévoyance des Avocats

A RETOURNER COMPLETE ET SIGNE A :
SCB - 47 bis D bd Carnot – CS 20740
13617 AIX-EN-PROVENCE Cedex 1
Tél : 04.42.26.47.61 – Fax : 04.13.41.98.31 - E-mail : lpa@scb-assurances.com

ADHERENT(E) :

Nom, Prénom _____

Né(e) le | | | | | | | | | | à _____

Nationalité(s) _____

Adresse _____

Téléphone _____ Email* : _____

Barreau de rattachement _____

Date de prestation de serment _____

N° de Sécurité sociale _____

Statut : Libéral Salarié

**Obligatoire pour recevoir vos décomptes par email*

Après avoir pris connaissance, de la notice d'information LPA Santé, du niveau des garanties et de leurs modalités d'application ainsi que des tarifs correspondants, je demande mon adhésion au régime individuel de protection sociale des avocats pour l'option :

LPA Jeunes subventionnée (année de première inscription à un Barreau, sauf Paris et Lyon, réservé au - de 31 ans)

LPA 1 **LPA 2** **LPA 3** **LPA 4**

Avec subvention, pour les avocats de moins de 31 ans avec conjoint et/ou enfants ou qui souhaitent des garanties supérieures, ou pour les avocats de + de 31 ans (sous réserve qu'il s'agisse d'une année de première inscription à un Barreau – sauf Paris et Lyon)

Reporter la cotisation mensuelle figurant dans la notice d'information suivant l'option choisie ci-dessus (NB – impérativement la même option pour tous les assurés)			
AGE	ASSURE	CONJOINT	ENFANT(s) (2)
-22 (Enfants)			
LPA Jeunes < 31 ans			
Moins de 31 ans			
31/35			
36/40			
41/45			
46/50			
51/55			
56/60			
61/65			
66/70			
71/75			
76/80			
81/85			
> 85			
Total	soit€		

(1) Sauf Avocats des barreaux de Paris et Lyon

(2) Gratuité à partir du 3^{ème} enfant

Bulletin d'Adhésion
aux Contrats Collectifs à Adhésion Facultative souscrits par LPA auprès de MCCI (C00191,
C00192, C00193, C00194, C00195)

OFFRE LPA JEUNE

réservée aux avocats de moins de 31 ans,
subventionnée pour la première année de cotisation
lors d'une première inscription à un Barreau⁽¹⁾
par La Société de Courtage des Barreaux et
La Prévoyance des Avocats

Je désire que cette adhésion prenne effet le | 01 | _____ |
Mois Année

Joindre à votre bulletin la **photocopie de votre attestation Carte Vitale**

Je désire bénéficier des échanges de données informatisées entre mon régime obligatoire et LPA (EDI) :

Oui Non

Je désire que les cotisations appelées d'avance le soient :

Mensuellement (uniquement par prélèvement) Semestriellement Annuellement

Je désire payer les cotisations :

Par prélèvement automatique sur un compte en France (obligatoire pour LPA jeunes)
(Joindre un RIB et le mandat SEPA ci-après complété, daté et signé)

Par chèque à l'ordre de CGRM

La cotisation annuelle est de

Montant de la subvention SCB/LPA

- 132 €

Valable 1 an lors de la 1^{ère} inscription à un Barreau (sauf Paris et Lyon) et pour une primo adhésion

Cotisation annuelle restant à charge de l'assuré

Option fiscalité loi Madelin pour l'adhérent : Oui Non

Si oui : J'atteste être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux d'assurances obligatoires et que je peux bénéficier des avantages liés à la loi Madelin.

(1) Sauf Avocats des barreaux de Paris et Lyon

Je prends acte que les garanties décrites font l'objet de contrats groupe souscrits par La Prévoyance des Avocats dont la notice d'information m'a été remise avec le présent document. Je reconnais avoir été informé(e), conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée, du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une fausse déclaration prévues aux articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances. Je reconnais être informé que l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution de la convention d'assurance, peut communiquer mes réponses ainsi que les données me concernant qu'il pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de ma convention, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution de la convention. J'autorise également l'assureur à utiliser ces données dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient. Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées au titre de cette adhésion n'ont pas une origine délictueuse au sens des articles 562 et suivants du Code monétaire et financier, 324-1 et suivants et 421-1 du Code Pénal relatifs au blanchiment des capitaux. Je déclare être pleinement informé de ce que l'assureur est soumis, en raison de sa qualité d'organisme financier, aux obligations légales issues principalement du Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et notamment à une obligation de déclaration auprès du service Tracfin en cas de soupçon.

Fait à _____ le _____

Signature de l'adhérent, précédée de la mention « Lu et Approuvé »